

ANNÉE 1938

N°

307

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

PAR

FOUASSIN (PAUL)

né le 9 septembre 1912

à CHATILLON-sur-LOIRE (Loiret)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

REMARQUES sur la SEMEIOLOGIE
RADIOLOGIQUE des PERICHOLECYSTITES

Président : M. CHIRAY, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE J. GUYOT ET C^{ie}
20, rue Gerbert, XV^e

1938

705

**REMARQUES sur la SEMEIOLOGIE
RADIOLOGIQUE des PERICHOLECYSTITES**

ANNÉE 1938

N°

T H È S E
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

FOUASSIN PAUL

né le 9 septembre 1912

à CHATILLON-sur-LOIRE (Loiret)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

REMARQUES sur la SEMEIOLOGIE
RADIOLOGIQUE des PERICHOLECYSTITES

Président : **M. CHIRAY**, Professeur

P A R I S
IMPRIMERIE J. GUYOT ET C^{ie}
20, rue Gerbert, XV^e

1938



I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOSVKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Pathologie et thérapeutique générale	BRUMPT.
Pathologie et histoire naturelle médicale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	N.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
De GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUJOL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgi- cale.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÈNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.

ALAJOUANINE.....
AUBERTIN.....
BRULÉ.....
CHABROL.....
CHIRAY.....
DONZELOT.....
DUVOIR.....
LIAN.....
PASTEUR-VALLERY-
RADOT.....
SÉZARY.....

Clinique chirurgicale.

MM.

BASSET.....
BROCQ.....
CADENAT.....
GATELLIER.....
HEITZ-BOYER.....
MOURE.....
QUENU.....
SCHWARTZ.....
VELTER.....

Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE.....
LE LORIER.....
LÉVY-SOLAL.....
METZGER.....

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
RUPPE..... Stomatologie.
WEIL-HALLÉ..... Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRESIDENT DE THESE,

Monsieur le Professeur CHIRAY,

Professeur d'Hydrologie
à la Faculté de Médecine de Paris.

En le priant d'agréer nos vifs remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider la soutenance de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. BAZY,

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de Chirurgie.

*Qui a bien voulu nous accepter dans son
service. En reconnaissance de l'intérêt qu'il
a témoigné à notre travail.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR F. RAMOND,

Médecin Honoraire de l'Hôpital Saint-Antoine

*A qui nous devons nos connaissances en
gastro-entérologie, avec toute notre recon-
naissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHENE,

Médecin Assistant de l'Hôpital Saint-Louis

*Qui nous a inspiré le sujet de ce travail
et dont les conseils nous ont été si pré-
cieux; en témoignage de notre respectueuse
gratitude.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX,

Monsieur le Professeur N. FIESSINGER,

Monsieur le Professeur NOBECOURT,

Monsieur le Docteur BRECHOT.

A LA MEMOIRE DE MON PERE.

A MA MERE,

*En témoignage de ma reconnaissance et
de ma profonde affection.*

A MES FRERE ET SŒUR.

AUX MIENS.

A MES AMIS.

INTRODUCTION

Au cours de notre stage d'Externe dans le service de notre Maître le Docteur Félix Ramond, puis, plus tard avec le Docteur Chêne à la consultation de Gastro-Entérologie du Docteur Louis Bazy à Saint-Louis, nous avons eu l'occasion d'observer, à maintes reprises, des cholécystographies. Les unes étaient en rapport avec des vésicules saines cliniquement et parfois opératoirement. D'autres correspondaient à des cholécystites authentiques avec les adhérences si souvent décrites. D'autres enfin paraissaient échapper aux descriptions classiques.

Il s'agissait, dans ces derniers cas, de déformations importantes de l'image radiologique du cholécyste, consistant *en une grosse modification du grand axe de l'ombre vésiculaire et aussi de sa situation.*

La connaissance des adhérences périvésiculaires, la connaissance des malformations congénitales suffisent-elles à elles seules à expliquer ces déformations?

Quelques cas rares que nous avons pu contrôler opératoirement nous permettent de penser que ces grosses déformations, ces grosses attractions de l'ombre vésiculaire correspondent à des réalités anatomiques et témoignent : soit d'une participation hépatique ou périhépatique, soit d'une péritonite sous-hépatique, mais en tout cas *d'origine non vésiculaire.* Cette anomalie apparente nous a d'autant plus frappé, que nombreux étaient les protocoles opératoires de cholécystites authentiques révélant des adhérences, alors que les clichés ne permettaient pas de les suspecter.

Ce point de vue n'ayant pas retenu, nous semble-t-il, l'attention des auteurs, nous pensons que l'analyse critique de ces images, à la lumière de faits dûment con-

trôlés anatomiquement, peut rendre service dans le diagnostic des états hépato-vésiculaires si complexes.

Nous envisagerons au cours de notre étude :

1° Le mode de retentissement sur la vésiculaire biliaire de la péricholécystite d'origine vésiculaire,

2° Les autres déformations et leur diagnostic différentiel d'avec certaines modifications non acquises du cholécyste.

Avant d'entreprendre notre travail, nous tenons à exprimer ici nos remerciements et notre reconnaissance à Monsieur le Docteur Chêne qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a si utilement dirigé de ses conseils.

Nous remercions également Monsieur le Docteur Louis Bazy qui a bien voulu nous accueillir dans son service et nous confier ses comptes rendus opératoires et histologiques.

CHAPITRE I

MODES DE RETENTISSEMENT SUR LA VESICULE BILIAIRE DE LA PERICHOLECYSTITE d'ORIGINE VESICULAIRE

Les adhérences au cours des cholécystites ont été abondamment décrites. Il pourrait sembler superflu d'en parler à nouveau. Carnot, en particulier, dans son livre sur les périviscérites, consacre un chapitre entier aux « symphises vésiculo-pyloriques et vésiculo-duodénales ». (1)

Il en est de même du point de vue radiologique qui nous intéresse plus particulièrement ici. On s'est attaché à décrire tous les aspects qui témoignaient de la présence d'adhérences du cholécyste avec les organes voisins et les déformations de ces organes qui sont dues à la péricholécystite. Et depuis les travaux initiaux de Duval, J.-C. Roux et Béclère, le nombre des comparaisons employées pour décrire ces aspects montre combien la traduction radiologique des adhérences est protéiforme.

Néanmoins il nous a paru que les auteurs ne précisent pas suffisamment quel est le mode d'action de ces adhérences *sur la vésicule elle-même*. Ce que l'on trouve le plus souvent décrits, ce sont les signes indirects tra-

(1) CARNOT et LIBERT. *Les Périviscérites*.

duisant l'adhérence : pression sur les organes voisins, irrégularité des ombres duodéno-pyloriques, modifications reflexes dans le fonctionnement de l'estomac ou du duodénum (1); nous avons été frappé qu'on ait si peu attaché d'importance dans la majorité des articles parus jusqu'ici, à la séméiologie de forme et de mobilité de l'ombre vésiculaire elle-même.

Sans doute, on a dit que les adhérences étaient responsables de certains faits de non-imprégnation de la vésicule et de sa non-visibilité à la radio, semblables en cela à la lithiase du cystique.

Sans doute on a décrit les déformations, les irrégularités ou les flous des contours de l'ombre, et sa fixation dans une gangue. Chiray et Lomon en particulier, écrivent (2) : « Les malformations vésiculaires par encoche, par biloculation plus ou moins complète et par étranglement sont extrêmement fréquentes... Presque toutes ces divisions transversales de la vésicule sont des déformations acquises et qui ont pour cause une péricholécystite, un étranglement inflammatoire formant une loge autour d'un calcul, une compression par bride extérieure, ligament cystico-colique ou cystico-duodénal. »

Ces notions sont maintenant bien admises et en effet la présence d'adhérences détermine dans certains cas des déformations de l'ombre vésiculaire. *Mais ces déformations ont lieu sur place. Une mobilité plus ou moins complète de l'ombre est conservée.* C'est précisément ces deux caractères qui feront le diagnostic d'avec les attractions que nous envisageons (3).

Dans les descriptions des images adhérentielles, peut-être n'a-t-on pas suffisamment fait la distinction entre les adhérences qui entourent plus ou moins une

(1) LEDOUX, LEBARD et CALDERON. *Radiodiagnostic de la Cholécystite et de la Péricholécystite*. Paris Médical, 20 Mai 1933.

(2) CHIRAY et LOMON. *Presse Médicale*. 6 Octobre 1934.

(3) CHIRAY et CHÈNE. *Précis de Séméiologie médicale appliquée*. Ed. 1934 Belot. *Presse Médicale*, 24 Avril 1937.

vésicule malade, de celles d'origine plus diffuse qui englobent au passage le cholécyste primitivement sain. Autrement dit il nous a semblé qu'on ne s'occupait — du point de vue radiologique — que des adhérences qui partaient d'une vésicule malade pour atteindre d'autres organes sains; et qu'on négligeait ces réactions inflammatoires qui, venues d'un organe malade plus ou moins éloigné, atteignaient une vésicule encore saine. *Ceci est si vrai que la séméiologie radiologique de la péricholécystite est jusqu'ici une séméiologie duodénale.*

Dans la littérature nous n'avons pas trouvé, relatés explicitement, ces faits où selon nous, on peut parler d'attraction, c'est-à-dire grosse modification du grand axe de l'ombre vésiculaire. Ces faits réalisent des plissements, ou immobilisation absolue en position anormale de cette ombre. Ces adhérences de voisinage d'une vésicule apparemment saine n'ont guère attiré l'attention.

Nous nous sommes reporté, pour établir notre thèse :

a) D'une part, aux clichés de cholécystite certaine, publiés par les auteurs. Pour avoir cette certitude, nous n'avons pu retenir que ceux où la vésicule injectée et perméable contient des calculs, preuve évidente de son état pathologique.

b) D'autre part, aux dossiers que nous ont fourni le docteur F. Ramond et le docteur Chêne. Parmi ces derniers documents, nous n'avons également retenu que les cas de cholécystites authentiques. La certitude est apportée dans les formes non calculeuses par l'examen chirurgical et quand l'intervention n'aura pas été pratiquée par la constatation radiologique de calculs.

Précisons au passage que les images citées où la cholécystite n'a pas été vérifiée opératoirement sont prises le plus souvent en deux positions différentes du malade pour nous permettre de vérifier la mobilité du cholécyste, en tenant compte bien entendu, dans l'interprétation, de l'habitue du sujet.

A, RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES

Nous avons examiné avec la plus grande attention les clichés reproduits dans diverses publications et articles, en particulier :

Dans le livre « Vésicule Biliaire », de Chiray, Pavel et Lomon (1), qui nous montrent plusieurs images de vésicules calculeuses non déformées et mobiles, vues en diverses positions :

Figures 52 et 53, de l'édition 1927;

Figures 60, 61, 62, de la même édition;

Figures 60, 61, 62, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 81, 85, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102.

L'image 68, de l'édition 1936, donne bien un aspect en sorte de Z, mais n'est pas attirée.

Dans l'« Atlas de Radiologie », de Duval, J.-Ch. Roux et Béclère (2) :

Planches CXII, figures 3, 5, 6;

— CXIV, figures 3 et 4, 5 et 6;

— CXVI, 3 images de vésicule calculeuse mobile;

Page 356, figures 1 et 2.

Dans Guttmann, « Syndromes douloureux de la région épigastrique » (3) :

Page 522, 4 clichés de vésicule lithiasique non déformée.

Dans le livre « Radiologie de la vésicule biliaire » de Nemours Auguste :

Planche XXVII, radiographies 40 et 41 de la même vésicule non déformée.

Dans les « Cahiers de Radiologie », janvier 1930 :

Deux clichés de vésicule lithiasique régulière.

Dans le même ouvrage, octobre 1930 :

Deux clichés d'image vésiculaire mobile.

(1) CHIRAY et LOMON. *Vésicule Biliaire*.

(2) DUVAL, J.-Ch. ROUX, BECLÈRE. *Atlas de Radiologie*.

(3) GUTTMANN. *Syndrômes douloureux de la région épigastrique*.

Dans le livre de Danès, « Les cholécystites chroniques » (Doin, éditeur) 1937 :

Trois clichés, dont deux avec calculs en négatif sur ombre vésiculaire en place et normale. Un gros calcul solitaire.

Nous pourrions multiplier les citations d'images vues dans les publications d'autres auteurs non moins autorisés (1). Mais en toute objectivité, nous n'avons jamais trouvé des images radiologiques de cholécystites authentiques où il y ait attraction ou fixation de l'ombre telle que nous l'avons indiquée plus haut.

Ce que l'on trouve au maximum, ce sont des incisions sur un bord, des étranglements avec aspect en sablier, d'une ombre vésiculaire ayant conservé sa mobilité et sa position.

Et dès maintenant nous sommes amené à penser que si la péricholécystite d'origine vésiculaire donne des adhérences, elle *ne donne pour ainsi dire jamais d'attraction* de la vésicule. Quand cette attraction existe, elle n'est vraisemblablement pas d'origine vésiculaire.

Ajoutons que lorsque la péricholécystite est localisée au niveau du col de la vésicule elle peut donner un aspect particulier en rapport avec la stase ainsi que nous allons maintenant en donner un exemple.

Images de grosses vésicules correspondant à une stase mécanique et liées à un processus de péricholécystite localisée.

A côté de ces cas que nous venons d'exposer, qui correspondent, soit à l'intégrité du péritoine périvésiculaire, soit à des lésions plus ou moins étendues de

(1) LEDOUX-LEBARD, *Manuel de Radio diagnostic clinique*.
F. RAMOND et JACQUELIN, *Manuel de Radioscopie gastro-duodénale*.
LOMON, *Précis de Radiologie pratique*.
SARALEGUI, *The am. J. of roentgen*, 1925.
SAINT-PASTOUS, *Radiologia Clinica de Vesicula Biliar*.



Fig. 1.

péricholécystite ayant déterminé des brides adhérentielles, nous avons observé plusieurs fois des images de vésicules particulièrement volumineuses. Un des malades a été opéré et il fournit un exemple frappant de ce que Chiray et Pavel décrivent sous le nom de « stase mécanique » (1). Dans ce cas observé comme dans les constatations de ces auteurs nous avons trouvé une étroite bande fibreuse qui unissait le col vésiculaire à la voie biliaire principale, et qui coudait le long canal cystique.

Nous avons observé quelques images radiologiques qui semblent correspondre à cette gêne à l'évacuation, mais les malades n'ont pas été opérés. Une seule fois nous avons trouvé un compte rendu opératoire de malade présentant radiologiquement une grosse vésicule qu'on avait diagnostiquée distendue par stase mécanique.

OBS. — G..., 35 ans.

Clinique. — Vomissements alimentaires depuis 2 ou 3 ans, survenant environ 3 heures après les repas, pas d'hématémèse. Pas de douleur, seulement point sensible dans la région para ombilicale droite. Nausées, constipation, céphalée violente surtout après les repas. Amaigrissement, asthénie.

Intervention. — Foie bosselé, ficelé, scléreux.

La vésicule ne montre que son fond qui est volumineux. Son corps et son collet étant enfouis dans de multiples adhérences à l'épiploon, à l'estomac, au duodénum. Le cystique très long est replié à angle aigu sur lui-même. On libère les adhérences, puis incisant le péritoine vésiculaire et commençant le décollement de la vésicule par sa partie moyenne, on pratique une cholécystectomie sous séreuse.

Cholecystographie. — Vésicule grosse, injectée, régulière, descendant au-dessous de la crête iliaque (fig. 1).

(1) CHIRAY, PAVEL. *Vésicule biliaire*. Ed. 1936, page 618.

B) RECHERCHES DANS LES DOSSIERS PERSONNELS

Nous avons série ces dossiers en trois catégories : ceux dont les malades n'ont pas été opérés, mais où l'atteinte vésiculaire ne fait aucun doute du fait de la constatation dans une vésicule plus ou moins nettement perméable de calculs sûrement authentifiés. Ceux dont la vésicule lithiasique a été enlevée chirurgicalement. Enfin, ceux où la cholécystite non lithiasique a été vue radiologiquement et où la certitude a été vérifiée sur la table d'opération.

1° Formes lithiasiques non opérées (clichés en deux positions au moins).

Nous avons dépouillé ainsi 25 observations récentes et suffisamment étudiées. Nous ne les citerons pas toutes pour éviter les redites. Dans tous ces cas, nous avons trouvé des images de calculs en plus ou moins grand nombre, mais des contours vésiculaires réguliers et une ombre plus ou moins mobile, suivant qu'il y a ou non formation d'une gangue de péricholécystite. En tous cas, nous n'avons jamais vu d'attraction telle que nous les décrivons. Une seule observation pourrait faire exception; nous la discuterons plus loin.

OBS. 1. — Ch... *Cholécystographie : vésicule régulière non déformée, mobile, bien injectée, de volume normal. Trois calculs mobiles.*

OBS. 2. — G... *Gros calculs dans une vésicule mobile non homogène.*

OBS. 3. — L... *Vésicule petite, très mince, à contours réguliers, contenant deux calculs; pas d'attraction.*

OBS. 4. — P... *Calculs en négatif dans une vésicule régulière, bien injectée, libre.*

OBS. 5. — S... *Enorme calcul solitaire dans une vésicule peu visible, mais dont la mobilité est nette.*

Un seul cas, parmi ces 25 dossiers, semble faire exception.

OBS. 6. — R... *La radiographie montre une vésicule contenant de nombreux calculs à facettes, mais couchée sous le bord antérieur du foie. L'ombre restant couchée même en position verticale du sujet, qui pourtant rentrait dans le type des longilignes.*

On pourrait interpréter cette immobilisation de l'ombre en position anormale comme une attraction et cette constatation infirmerait notre thèse. Mais la malade n'a pas été opérée et peut-être l'intervention aurait-elle montré une grosse périhépatite responsable de cette très nette déformation, auquel cas nous aurions eu un exemple de plus de la traduction radiologique de la périhépatite par l'attraction de l'ombre vésiculaire.

2° Formes lithiasiques opérées.

Ici encore nous ferons une subdivision séparant les cas où l'on n'a pas constaté d'adhérences (ce sont les plus nombreux) de ceux où il y avait des réactions de péricholécystite. Le fait que les cas sans adhérences sont les plus nombreux cadre, disons-le en passant, avec ce qu'ont remarqué les auteurs américains. Ceux-ci, en effet, ont constaté, sans d'ailleurs expliquer la raison, que les adhérences sont deux fois moins nombreuses au cours des cholécystites lithiasiques qu'au cours des cholécystites non calculeuses (1).

a) Vésicules calculeuses opérées sans adhérences :

OBS. 1. — G. de M... *Cholécystographie. Vésicule régulière de volume normal, non déformée, contenant des calculs, mais d'apparence libre et mobile.*

L'intervention montre une vésicule distendue contenant des calculs, sans adhérences.

OBS. 2. — L... *Radio. Très grosse vésicule bien injectée, bourrée de calculs bien visibles, mais régulière, mobile.*

(1) CHIRAY et PAVEL, *loc. cit.*

A l'intervention, vésicule calculeuse, distendue, pas d'adhérences.

OBS. 3. — P... Radio. Vésicule régulière faiblement injectée, normale de forme, bourrée de calculs.

A l'intervention, on ne trouve pas d'adhérences.

OBS. 4. — Th... Radio. Vésicule peu visible, d'apparence mobile, contenant quelques gros calculs. Sans attraction.

A l'intervention, mobilité parfaite.

OBS. 5. — Pr... Radio. Un calcul visible dans une vésicule contractile libre.

A l'intervention, vésicule libre d'adhérences.

OBS. 6. — V... Radio. Vésicule lithiasique en situation normale, de forme régulière, mobile.

A l'intervention, pas d'adhérences.

b) Vésicules lithiasiques opérées avec adhérences :

OBS. 7. — L... Radio. Vésicule régulière, faiblement injectée. Mobile sur deux clichés. Bulbe effiloché.

A l'intervention, grosses adhérences, mais pas de déformation de la vésicule.

OBS. 8. — M... Radio. Vésicule mobile, peu imprégnée, régulière, sans attraction.

A l'intervention, quelques adhérences lâches.

OBS. 9. — P... Radio. Calculs bien visibles, dans une vésicule régulière, mobile.

A l'intervention on trouve seulement quelques adhérences au duodénum, mais ne déformant pas le cholécyste.

OBS. 10. — B... Radio. Grosse vésicule libre contenant des calculs multiples. Pas de déformation.

A l'intervention, grosses adhérences serrées au duodénum et au pylore.

OBS. 11. — Nous la donnerons comme résumant et les constatations radiologiques et les trouvailles de l'intervention.

Mlle D... consulte en novembre 1937 pour crises douloureuses du côté droit remontant à vingt jours plus tôt. Ces douleurs à type de contraction, mais non pas de coliques hépatiques, sont survenues dans l'intervalle des règles.

Il n'y a pas de migraines, pas de nausées.

Mais de l'amaigrissement, de l'anorexie.

Par ailleurs, malade bien réglée. Mais règles douloureuses s'accompagnant de vomissements. Pas d'enfants.

La cholécystographie montre l'image que nous reproduisons. On y voit dans une vésicule bien injectée, légèrement excavée sur le bord gauche de l'ombre, un volumineux calcul solitaire, mobile. La même mobilité de la vésicule se retrouve sur une autre cliché.

Intervention. Laparatomie latérale droite très courte.

Découvre une vésicule tendue, très vasculaire, à parois épaissies, avec adhérences. On la ponctionne. Il s'en écoule une bile noire abondante. En palpant on sent près du collet le calcul vu à la radio. Il est enfoui dans les plis de la muqueuse, de tel sorte qu'on l'extraît à la curette. On abouche la vésicule à la paroi...

On le voit, sur cette radio, il est impossible de faire le diagnostic de péricholécystite. Or celle-ci existe à l'intervention ; en tout cas l'ombre est parfaitement mobile, sans attraction.

Ces dernières observations confirment toutes notre impression d'absence de déformations de l'ombre vésiculaire au cours des cholécystites les plus légitimes. Elles sont donc particulièrement intéressantes. En effet, si l'on peut toujours discuter une interprétation radiologique, on est obligé de se rendre à l'évidence devant une constatation anatomique. Et ce que l'on trouve dans ces cas ce sont seulement des brides inflammatoires plus

ou moins lâches, rarement très serrées qui, partant de la paroi vésiculaire malade, gagnent de proche en proche les organes voisins : duodénum, estomac, pylore, qu'elles déforment.

3° Cholécystites non calculeuses opérées :

Continuant notre étude, nous avons examiné quelques dossiers de malades présentant tous les signes cliniques de cholécystite, chez qui la radio ne montre pas de calculs, mais où l'intervention nous a permis de vérifier à la fois l'altération du cholécyste et l'absence d'attraction de la vésicule.

Ici on ne peut guère discuter l'aspect radiologique de ces cholécystites. Les signes directs permettent de dire simplement, ombre déformée ou régulière.

En effet, toutes les cholécystographies que nous avons retenues ont été faites après préparation du malade par la méthode orale de Sandström des doses fractionnées; et l'ancien adage « Vésicule imprégnée = vésicule saine ; Vésicule mal imprégnée = vésicule malade » n'a pas résisté à l'argumentation (1).

C'est pourquoi nous prenons comme critère de cholécystite l'intervention chirurgicale, décidée en raison des signes fonctionnels, généraux et physiques.

Nous citerons une seule observation que nous avons retenue parmi une dizaine d'autres et qui les résume parfaitement.

OBS. II. — Mlle Ch..., 60 ans.

Consulte pour douleurs épigastriques, vomissements brusques après les repas; la température est à 38. Par ailleurs constipation opiniâtre. Amaigrissement depuis un an.

Opérée d'appendicite et hystérectomisée.

(1) GUTTMAN, NEMOURS Auguste. *Archives d'électricité médicale*, mars-avril 1933.

Examen. Douleur vive au point de Mac Burney.

La cholécystographie montre une vésicule longue, mal injectée, plaquée contre la colonne vertébrale en position assise. Se rapproche sous le bord antérieur du foie sur un deuxième cliché. L'ombre n'est pas déformée, mais il existe des signes indirects de péricholécystite sur le duodénum.

Le 2-6-33, à l'intervention, on trouve une vésicule à parois minces, distendues, fixée sur presque toute son étendue, par des adhérences fibreuses peu épaisses.

Pas de calcul. Mais muqueuse nettement altérée.

On pratique la cholécystectomie.

Donc, en résumé, dans les cas observés par nous à l'hôpital, récemment, et avec toute l'objectivité nécessaire parmi 25 cas de cholécystites lithiasiques certaines, non opérées, mais vues sur plusieurs clichés ; parmi 10 cas de formes lithiasiques vérifiées à l'intervention ; parmi une dizaine de cas de cholécystites non calculeuses, mais vues chirurgicalement, nous n'avons trouvé qu'une seule fois une attraction apparente et encore n'a-t-elle pu être vérifiée anatomiquement. Nous pourrions conclure ferme sur cette rareté.

Mais cependant nous ne nous dissimulons pas ce qu'il y a d'artificiel dans ce classement. A nos statistiques manquent, en effet :

a) Dans les recherches bibliographiques les observations relatives aux clichés que nous avons retenus ;

b) Dans les dossiers personnels toutes les vésicules non injectées ; que cette non injection tiende à un calcul ou autre obstacle sur le cystique, à une altération profonde de la muqueuse ; à une faute de technique, ou enfin à une atteinte hépatique accentuée. On sait, en effet, et Castaigne et Dechambre y ont insisté (1), que l'altération profonde du tissu hépatique s'interpose sur le trajet du tétraïode et empêche son passage dans la vésicule. Pourtant il serait intéressant, pour nous, de

(1) CASTAIGNE et DECHAMBRE. *Journal Médical Français*, janvier 1937.

pouvoir contrôler les aspects de ces vésicules appartenant à des foies altérés.

C'est pourquoi, en réalité, nous ne pouvons qu'attirer l'attention sur l'anomalie dont nous allons maintenant étudier les modalités, essayant d'approfondir les faits avant de les interpréter.

CHAPITRE II

LES AUTRES DEFORMATIONS DE L'OMBRE VESICULAIRE LEUR DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL D'AVEC CERTAINES MODIFICATIONS DE FORME NON ACQUISES

Nous avons signalé plus haut quelques cas où la vésicule, sûrement malade, présentait à la radio, soit une ombre à contours réguliers, soit les déformations « sur place » liées aux adhérences. Mais, à côté de ces formes déjà bien connues, nous avons observé des images où le cholécyste injecté de façon homogène par le tétraïode donnait une ombre considérablement déformée. Ces déformations consistent, avons-nous dit, en une *attraction* du grand axe de la vésicule. Celle-ci est fixée en position anormale, ou présente une déviation à type de plicature de cet axe. Si bien que dans le premier cas l'ombre vésiculaire paraît attirée en masse par un processus dont nous essaierons d'établir l'origine. Dans le second cas, ce même processus, plus localisé, semble n'attirer que la partie moyenne de l'ombre, alors que les deux pôles vésiculaires, et surtout celui qui est le plus mobile, c'est-à-dire le fond, basculent autour de cette zone de traction. Il peut s'ensuivre une sorte de volvulus incomplet. Nous insistons sur ce fait, qu'il n'y a pas seulement dans ces cas une fixation sur place (avec ou non déformation des contours), comme celle que déterminent les gangues de péritonite scléreuse secondaires à la cholécystite chronique atrophique, mais bien

une attraction asymétrique au hasard du développement de la périviscérite de voisinage.

Et, à la faveur de quelques observations, nous avons pensé que des lésions inflammatoires venues de plus ou moins loin, soit du foie, soit de l'appendice, soit du péritoine ou des autres organes abdominaux, gagnant de proche en proche un organe aussi mobile que la vésicule, par ailleurs absolument saine, peuvent déterminer sur elle des modifications importantes. Ces déformations seront le plus souvent facilement visibles à la radiographie, puisque la muqueuse vésiculaire saine ne s'opposera pas à l'imprégnation par le tétraïode, et que le cystique reste perméable dans les exemples étudiés.

Avant d'aborder l'étude des quelques cas vérifiés chirurgicalement, qui appuient notre hypothèse, nous devons éliminer les autres déformations non acquises, d'origine congénitale, qu'on peut rencontrer et qui ont été bien décrites par Chiray, Sigmund, Boyden, Nemours Auguste (1).

(1) NEMOURS Auguste. *Radiologie de la Vésicule biliaire. Malformations congénitales.*

BOYDEN PHRYGIAN CAP. *Am. J. of. Roentgen*, mai 1935.

SIGMUND. *Journal de Radiologie*, mars 1934, avril 1935, mai 1935.

CHIRAY et PAVEL. *Loc. cit.*

GUTTMANN, NEMOURS Auguste. *Arch. électricité médicale*, mars-avril 1933.

A) DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DES ATTRACTIONS

a) Les malformations congénitales.

Nous n'envisagerons, bien entendu, que les malformations strictement vésiculaires, laissant de côté les anomalies de forme, de nombre, et d'implantation des canaux biliaires.

On a décrit plusieurs aspects de ces images radiographiques des malformations congénitales : Sablier, guirlande, hameçon, cascade, etc..., sont les comparaisons les plus souvent employées. Mais en définitive (mis à part le diverticule qui est assez rare et d'interprétation délicate, en particulier d'avec le volvulus incomplet du cholécyste) ces anomalies se ramènent, soit au cloisonnement, soit à la biloculation, soit au contournement.

a) Le cloisonnement (fig. 2) donne un trait fin, net, franchement intra-vésiculaire, inclus, inséré dans l'ombre. Il se retrouve identique sur tous les clichés faisant partie de l'image qui conserve sa mobilité.

Le diagnostic est facile d'avec les déformations qui nous intéressent.

b) La biloculation n'est, à nos yeux, qu'un stade intermédiaire des cloisonnements. En effet, du point de vue anatomique, tandis que dans le cloisonnement on a un éperon unique, détaché de la face interne d'une partie de la paroi, la biloculation correspond à un épaississement *intra-pariétal*, mais circulaire.

c) Le contournement (fig. 3) rappelle dans l'ordre congénital ce que nous nous efforçons de décrire dans l'ordre inflammatoire.

Ne pourrait-on rattacher son origine à des voiles péritonéaux du type de la membrane de Harris? Ces voiles congénitaux ne peuvent-ils pas, *au même titre*



Fig. 2.

que les voiles acquis, d'origine inflammatoire extra-vésiculaire, déterminer sur le cholécyste des déformations du même type attractif? Nous n'avons rien trouvé de bien net à ce sujet dans la littérature radiologique. Quoi qu'il en soit d'ailleurs, il ne s'agit que d'une « note étiologique » qui compléterait et confirmerait l'origine, non vésiculaire du voile.

En définitive, et malgré cette dernière réserve, le diagnostic différentiel des anomalies congénitales et des attractions qui nous intéressent est basé sur la mobilité de l'ombre qui existe au cas de déformation congénitale, mobilité qui s'oppose à la fixation absolue et en position anormale des attractions.

D'autre part, Chiray insiste sur le fait que les malformations congénitales ne sont pas douloureuses et ne semblent pas être à l'origine de troubles fonctionnels (1). Il est vrai que nous devons dire, pour être complet, que Budinger a décrit une « cholécystite mécanique » secondaire à ces déformations congénitales (2).

b) **Les déformations transitoires d'ordre physiologique.**

Après avoir éliminé les déformations congénitales nous devons poser le diagnostic différentiel avec ces images de vésicules spasmodiques, images à type d'encoche qui se voient sur des vésicules particulièrement contractiles. Mais ces encoches, souvent remarquables par leur finesse, sont alors transitoires et se modifient ou disparaissent sur des clichés en série, alors que les attractions entraînent des déformations permanentes immobiles et toujours les mêmes chez le même malade.

(1) CHIRAY, LOMON. *Presse Médicale*, 6 oct. 1934.

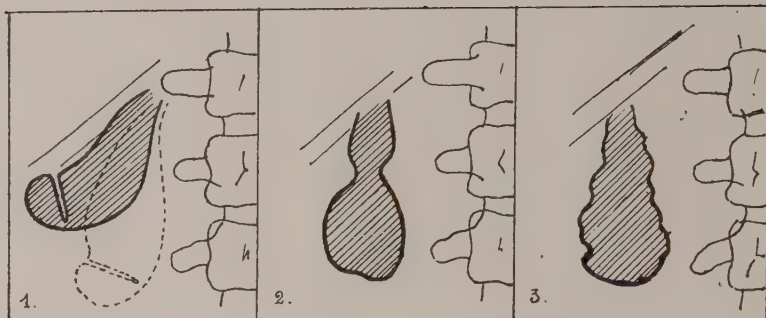
(2) BÜDINGER. *Journal de Radiologie*, mars 1934, p. 120.



Fig. 3.

c) **Déformations accessoires.**

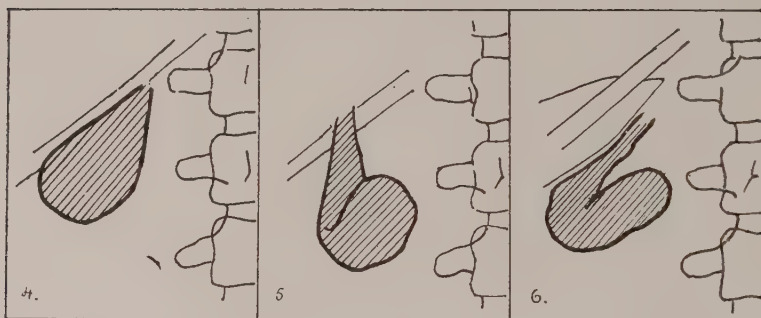
Il en est de même pour les déformations et les déplacements plus importants, plus gros, mais tout aussi inconstants par bousculade de la vésicule dans l'aérocolie ou l'iléie et même l'aéro-duodénie, mais alors les bulles de gaz aident au diagnostic.



Cloisonnement.

Etranglement.

Déformation
« in situ »
par péricholécystite
d'origine vésiculaire



Vésicule couchée
immobilisée du
type attractif.

Plicature.

Type d'attraction.

B DIAGNOSTIC POSITIF DES ATTRACTIONS

Ainsi posé, le diagnostic différentiel des attractions avec les déformations congénitales permanentes, d'une part, avec d'autre part les encoches spasmodiques transitoires, nous arrivons à l'exposé des cas où nous avons constaté à la radiographie une attraction réelle de la vésicule, et où le contrôle opératoire nous a révélé : soit l'intégrité de cette vésicule, soit une extension telle des adhérences, que celles-ci, débordant de très loin le cholécyste, rendent peu plausible leur origine vésiculaire. Cette origine peut tenir, soit à une hépatite diffuse, soit à une péritonite sous-hépatique.

Les cas exposés sont peu nombreux :

D'abord, parce qu'ils ne semblent pas avoir, jusqu'ici, retenu explicitement l'attention des auteurs (1).

Puis parce que nous avons tenu à nous entourer de tests précis, ne citant que les faits vérifiés anatomiquement.

Enfin, parce qu'ils ne se rencontrent pas fréquemment en pratique.

A propos de la rareté de telles images, on peut dire qu'elle est sans doute plus apparente que réelle et qu'elle tient vraisemblablement à ce qu'on fait trop peu souvent des cholécystographies au cours des hépatites reconnues. Et nous pensons que l'étude systématique de la vésicule aux Rayons X, au cours des cirrhoses par exemple, apporterait peut-être des documents évocateurs.

OBS. 1. — Mlle Le C..., 56 ans.

Consulte en janvier 1937 parce qu'elle souffre de douleurs abdominales depuis un mois. Ces douleurs sont constantes, sans rémission, diffuses dans tout l'abdo-

(1) JOULIA. *Radiologie des Périviscérités*. Journal Médical Français 1926.



Fig. 4.

men, mais particulièrement intenses dans le flanc droit. En réalité, elles remontent à deux ans, ayant toujours eu les mêmes caractères, mais moins violentes. S'accompagnant toujours de constipation opiniâtre, de nausées, de lenteur de digestion et de fatigue post-prandiale. Les céphalées sont fréquentes.

A l'examen, l'état général est bon. On ne provoque pas de douleur dans l'abdomen, sauf à la pression de la région vésiculaire. Le foie déborde d'un travers de doigt les fausses côtes.

On donne un traitement médical.

On fait une cholécystographie qui montre une vésicule normale.

La malade est revue le 24 février. Elle va beaucoup mieux.

Revue un mois plus tard. Elle se plaint des mêmes troubles qu'à sa première visite.

La cholécystographie après injection de tétraïode (méthode de Sandström) montre une vésicule angulaire, plicaturée à sa partie moyenne dont le fond est déporté vers la gauche (fig. 4).

On conseille l'intervention chirurgicale qui est pratiquée le 16 mars. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Vésicule augmentée de volume, enfouie sous le péritoine sous-hépatique qui lui adhère et la déforme. La capsule de Glisson, très épaissie, présente l'aspect extérieur d'une inflammation chronique considérable. Cet épaississement irrégulier gagne la face convexe du foie.

La vésicule est libérée. Ne contient pas de calcul.

Ligature du cystique et de l'artère cystique au catgut.

Surjet sur les lambeaux péritonéaux qui recouvrent ainsi le lit vésiculaire.

A l'examen histologique de la vésicule on trouve :

Une paroi dans l'ensemble amincie. La couche élas-

tique et la musculieuse sont remplacées par un tissu de sclérose assez dense.

L'épithélium en certains points a disparu, est remplacé par un tissu de granulation.

Dans d'autres points au contraire, cet épithélium se hérisse en formant de véritables villosités ou de petites végétations papillaires. Les unes et les autres sont recouvertes d'un haut épithélium cylindrique ayant encore conservé en certains points son aspect cilié.

OBS. 2. — Mme L..., 37 ans.

Consulte en décembre 1936, pour douleurs épigastriques et crampes survenant 4 à 5 heures après les repas. Ces troubles s'accompagnent de nausées fréquentes, de vomissements et de douleur à l'épaule droite. Habituellement constipée, est toujours bien réglée. Pas d'ictère ni de coliques hépatiques dans les antécédents.

A l'examen, vague douleur au point de Murphy, mais douleur nette au point de Mac Burney.

Ni sels, ni pigments biliaires dans les urines. Urée 0.36 0/00.

Un examen cholécystographique est pratiqué qui montre une vésicule bien injectée attirée en masse sur la droite immobilisée sur deux clichés en decubitus ventral et decubitus dorsal. Présente sur le bord droit de l'ombre une large encoche.

On propose une appendicectomie.

A l'intervention on trouve un appendice nettement inflammatoire dont on pratique l'ablation avec enfouissement du moignon.

La vésicule est explorée, elle est saine d'apparence, présentant des adhérences serrées qui sont libérées. La vésicule est laissée en place.

La malade, revue en 1936 et 1937, est guérie. Il persiste simplement une tendance à la constipation.

OBS. 3. — A. Fernande, 35 ans.

Deux interventions gynécologiques antérieures.

Consulte pour douleurs à type de coliques hépatiques subintrantes depuis quelques jours. En réalité, depuis 6 ans, ces crises assez douloureuses se répètent fréquemment. Par ailleurs, les digestions sont pénibles; les céphalées, les nausées fréquentes. Il persiste toujours dans l'intervalle des crises un endolorissement du flanc droit.

A la palpation on perçoit une tumeur ballottante dans l'hypocondre droit. On pose le diagnostic probable de lobe aberrant du foie.

A la cholécystographie on trouve une vésicule de volume normal, bien injectée, légèrement plicaturée, le grand axe faisant un angle obtus ouvert à gauche.

On intervient le 16-11-37. On trouve :

Un foie ptosé avec glissonite considérable. La vésicule est légèrement altérée sans calcul. Elle est adhérente à la face inférieure du foie. On la libère, on en pratique l'ablation.

Quels enseignements pouvons-nous tirer de l'étude critique de ces observations.

Dans tous les cas les malades sont venus consulter pour des troubles « du flanc droit » qu'il aurait été bien difficile de rattacher à une cause autre que la cholécystite ou l'appendicite chronique. Tous les trois présentaient des douleurs mal localisées, qu'on a coutume de grouper sous le terme de flancs droits douloureux. Sans doute l'attention était attirée vers la région hépatovésiculaire. Mais, comme c'est souvent le cas, il était difficile de faire la part qui revenait au foie, celle qui relevait de la vésicule ou du colon droit. En tous cas dans aucune de ces trois observations on ne trouvait groupés des signes indiscutables de cholécystite.

Donc du point de vue clinique, rien de précis : un flanc droit douloureux.

Par contre la cholécystographie pratiquée selon la méthode habituelle était riche en enseignements.

Dans la première observation, l'ombre était plicaturée; le grand axe, dans l'ensemble, était attiré vers la région sous hépatique gauche et il faisait à sa partie moyenne un angle obtus, très ouvert en dedans. S'il s'était agi de malformation congénitale, cette malformation serait apparue sur le premier cliché. Or il n'en était rien.

Si nous avions eu à faire à des adhérences banales d'origine vésiculaire, on aurait eu à la radiographie des signes indirects de la péricholécyste. On n'en a pas remarqué. D'autre part, la malade aurait eu, au moins dans ses antécédents, une crise plus ou moins nette de cholécyste. La vésicule aurait été douloureuse, or elle n'était que sensible à l'inspiration. Par contre, on trouvait un foie gros, débordant le rebord costal.

L'intervention a prouvé qu'il s'agissait d'une périhépatite, d'une glissonite considérable hors de proportion avec le peu d'intensité de la lésion vésiculaire vue au microscope. Cette disproportion rend difficilement admissible l'antériorité de la cholécystite.

Dans la deuxième observation, les signes cliniques sont également flous et ne font pas davantage penser à l'appendicite qu'à la cholécystite. On cherche l'appendice parce que l'intervention est plus simple et on examine la vésicule. On se garde bien de l'enlever puisqu'elle est extérieurement saine, mais on libère les adhérences qui l'immobilisaient en mauvaise position.

Or la radiographie nous laissait supposer que la vésicule était saine. Mais l'ombre attirée en masse sur la droite, avec sa grande encoche sur son bord droit, permettait de penser à l'existence d'attractions venues du bas.

Le tout parfaitement immobilisé, ne changeant pas

de forme ni de position sur trois clichés en position différente.

On ne manquera d'objecter à cette observation que la typhlo-cholécystite est bien connue; que depuis longtemps appendice et cholécyste considérés comme pôles dans l'abdomen sont devenus lieu commun. Nous ne le nions pas, quoique l'on ait écrit (1) : « L'inflammation aiguë, brutale, de l'appendice est facteur d'hépatite plutôt que de cholécystite. » Mais ce sur quoi nous insistons, c'est sur l'existence d'une image radiologique qui, avant l'intervention, témoignait déjà de la propagation à une vésicule saine, d'adhérences venues d'ailleurs.

Ajoutons que la malade revue quelques mois, puis un an après son intervention, s'est trouvée guérie.

La troisième observation est aussi instructive. Les crises de coliques hépatiques font errer le diagnostic. Il existe des signes cliniques de fragilité hépatique.

La cholécystographie ne montre pas de calcul, mais ici encore, comme dans la première observation, une ombre vésiculaire déformée, plicaturée, ayant également la déformation angulaire ouverte à gauche; et là encore l'intervention montre un foie ptosé avec périhépatite intense, une vésicule peu altérée, mais adhérente au foie sur toute sa surface.

Ces faits sont trop peu nombreux à notre gré. Mais on ne peut manquer de trouver troublante la coïncidence de ces images radiologiques, non décrites à notre connaissance, correspondant à des aspects anatomiques qui, eux, sont bien mieux connus.

A côté des trois observations qui nous ont servi à établir notre travail, nous tenons à citer des cas où nous avons vu des images analogues à celles que nous venons de décrire. Ces images ici encore sont des déformations plus ou moins considérables de l'ombre vésiculaire, avec

(1) Gaston DURAND et M. E. BINET. *Typhlo cholécystite*. (Doin Ed.).
Gaston DURAND et M. E. BINET. *Typhlo cholécystite, chronique*.
Presse Médicale, 4 mars 1925.

immobilisation absolue. Nous les avons interprétées, à la lumière des faits déjà cités, comme traduisant la fixation de la vésicule sur des adhérences de péricholécystite d'origine non vésiculaire. Si elles ne sont pas absolument démonstratives, du fait que l'intervention n'a pas vérifié notre hypothèse, elles prouveront du moins que ces images ne sont pas rares et qu'elles méritent de retenir l'attention.

OBS. 1. — Mlle D..., 45 ans.

Consulte en Mars 1937 pour douleurs dans l'hypocondre droit presque continuelles, ayant débuté il y a 2 mois par des coliques hépatiques. Il y a, depuis, de l'anorexie, des nausées, des vomissements parfois, du subictère fréquent coïncidant avec des urines foncées sans décoloration des matières. Prurit avant les règles.

A la cholécystographie, après tétraïode : ombre vésiculaire bien injectée, petite, paramédiane, plicaturée sur le plan antéro-postérieur, le fond se rapprochant légèrement de la ligne médiane du corps. On ne voit pas de calcul.

On fait un traitement médical et des ondes courtes. La malade suivie régulièrement jusqu'en janvier 1938 est nettement améliorée.

OBS. 2. — D...

Consulte pour douleurs dans l'hypocondre droit, sans autre symptômes sauf tremblement des mains, de la langue et douleur à la pression des masses musculaires.

La cholécystographie montre une ombre vésiculaire de dimensions normales, bien injectée, couchée et immobilisée sous le foie, le fond regardant à droite.

OBS. 3. — E...

Consulte en Janvier 1937 pour des troubles apparus 3 semaines auparavant, à type de malaise général, ver-

tiges, courbatures, température à 38°. Anorexie. Douleur dans l'hypocondre droit. Diarrhée habituelle. Pas d'ictère ni vomissements. Appendicectomie il y a 2 ans. En réalité les troubles remontent par intervalles irréguliers à 3 ans et surviennent environ tous les 2 mois.

Rien de particulier à l'examen. Une rectoscopie est pratiquée qui montre une muqueuse saine, plissée et rouge. Pas de passé colonial.

Une cholécystographie pratiquée il y a 18 mois ne montre rien de particulier. On en fait une nouvelle le 8 Janvier 1937, qui montre une vésicule injectée immobilisée dont le bas fond se retourne un peu en dedans formant une plicature plutôt qu'un cloisonnement, en dépit d'une encoche sur un cliché. On pense à une attraction due à des adhérences d'origine post-appenriculaire.

OBS. 4. — Mme M..., 39 ans.

Consulte en Juin 1936 pour douleur dans le côté droit. Vue par J.C. Roux qui ne trouve rien d'anormal. Ictère il y a 20 ans. Pas de coliques hépatiques. Opérée en 1934 d'appendicite. Ne présente plus ses crises douloureuses avec température qu'elle avait auparavant. Il persiste de la constipation, des crises d'intoxication avec urticaire. Ces troubles coïncidant avec l'apparition des règles.

A la radio on voit une vésicule couchée, immobile sous le foie, boudinée, à contours sinueux.

OBS 5. — Mme P..., 49 ans.

Consulte pour douleurs à 17 h. et 1 h. du matin, avec malaises et vomissements. Nausées fréquentes, vertiges, constipation, céphalées, amaigrissement. Une crise de colique hépatique il y a 8 ans.

A l'examen, douleur à la pression de la ligne médiane et un peu à droite. Point de Murphy douloureux. Peu d'irradiation sus-ombilicale.

A la radio on voit après injection de tétraïode une

vésicule bien injectée, sans calcul, dont le fond se recourbe pour venir contourner le bord antérieur du foie. Cette ombre vésiculaire reste fixée, quelles que soient les positions de la malade.

OBS. 6. — Mlle M...

Consulte pour lenteur des digestions, avec nausées post-prandiales. Vomissements bilieux fréquents. Constipée habituelle, avec migraines survenant par crises qui depuis quelques semaines se rapprochent. Un peu de diarrhée de temps à autre.

Amaigrissement. Une hématémèse.

Par ailleurs signes d'imprégnation tuberculeuse ayant indiqué le séjour dans un préventorium.

Règles peu abondantes.

La cholécystographie montre une belle vésicule bien injectée, régulière, mais couchée, immobile sous le foie. Les contours sont nets.

Devant un tel ensemble de faits radiologiques dont 3 ont été contrôlés opératoirement, nous nous reportons aux constatations anatomiques faites par les divers auteurs. La plupart sont d'accord pour reconnaître à la péricholécystite tantôt une cause vésiculaire, tantôt une autre origine telle que l'inflammation d'un organe voisin. Chiray et Pavel résumant ces données anatomiques écrivent : « Dans d'autres cas... la péricholécystite a pour cause l'inflammation d'un organe voisin de la vésicule. C'est une péricholécystite d'origine digestive qu'ont bien étudiée Duval, J. Ch. Roux et Béclère; sous le nom de périoduodénite biliaire, Chiray et Chartier; sous celui de périoduodéno-cholécystite, Carnot et Boltanski, Trémolières, Lardennois. » (1)

On reconnaît habituellement à ces péricholécystites d'origine non vésiculaire une cause pylorique, gastri-

(1) CHIRAY et PAVEL. *Loco citato*, page 612.

que, duodénale, appendiculaire, par ordre de fréquence. La péritonite chronique, en particulier dans sa forme tuberculeuse dont on connaît la localisation élective pour le carrefour, est aussi une cause irréfutable (1). Nous ajouterons que dans deux cas observés par nous, dont l'un particulièrement démonstratif, on a trouvé à l'intervention une glissonite considérable avec participation du péritoine sous jacent. Cette formation mettait à l'étroit dans une coque scléreuse la vésicule dont l'atteinte histologique minime était disproportionnée avec l'intensité de la périhépatite.

Ces faits ont été décrits (2). Mais il nous semble nécessaire d'insister davantage sur la traduction radiologique de ces « péricholécystites digestives ». L'attraction en masse de l'ombre vésiculaire ou la plicature de son grand axe sont des images non exceptionnelles qui doivent retenir l'attention.

(1) SAYY. *Formules viscérales de la péritonite plastique tuberculeuse*. Journal Médical Français, Juillet 1923.

(2) CASTAIGNE. *Les Périviscérites*. Journal Médical Français, Février 1926.

Variétés de déformations et d'attractions

L'image que l'on rencontre le plus souvent, c'est l'ombre plicaturée dont l'angle est ouvert tantôt à droite tantôt à gauche. La jonction des deux côtés de cet angle est nette et non pas arrondie. Elle est parfois supérieure à 90°. D'autres fois cet angle semble embrasser le bord antérieur du foie, se recourbant sur la face antérieure de cet organe. Signalons à ce sujet que nous avons trouvé dans nos dossiers personnels deux images qui ressemblaient de très près au cliché 88 du livre de Chiray sur « La vésicule biliaire », et qui étaient, quant à nous, des images nettement immobilisées.

Une autre attraction assez fréquente est celle qui montre l'ombre vésiculaire couchée sous le foie en position strictement immobile, quelles que soient les positions du malade. Le fond de la vésicule, dans ces cas, regarde soit à droite soit à gauche.

Signalons enfin la possibilité de grandes encoches comme taillées à l'emporte-pièce, sur les bords droit ou gauche de l'ombre, d'ailleurs en position anormale et fixée.

Ces déformations considérables ne peuvent passer inaperçues et c'est leur constatation, jointe aux troubles doit faire suspecter l'existence d'adhérences d'origine extra-vésiculaire, soit que la vésicule ait conservé son intégrité, soit que les lésions dont elle est atteinte restent trop minimes pour être responsables des formations adhérentielles périphériques.

De ce dernier point découlent des indications intéressantes pour la thérapeutique médicale et chirurgicale.

Déductions cliniques et thérapeutiques

L'étude séméiologique que nous avons faite ne peut être considérée que comme un essai, une suggestion que nous proposons à des contrôles ultérieurs. Elle présente toutefois un certain intérêt. En effet, on s'est attaché ces dernières années à démontrer la dualité tant physiologique que pathologique des fonctions de l'appareil hépato-vésiculaire (1). On a souligné la fréquence de l'hépatite dans la cholécystite (2). De nombreux auteurs, Caroli et Albot, en particulier, ont démontré que les cholécystites s'accompagnent d'hépatite. On a cherché par des techniques très ingénieuses à la dépister. On a poussé très avant dans ce diagnostic entre atteintes hépatiques et vésiculaires souvent si intriquées.

On a multiplié des épreuves qui permettent de faire, dans un foie atteint, la proportion entre le tissu sain et le parenchyme malade (3). Les épreuves de galactosurie provoquée, de coloration au rose Bengale, les dosages de l'hyperbilirubinémie, d'hémoclasie digestive, d'hypercalcémie sont des tests qui permettent de se rendre compte de l'activité hépatique résiduelle.

D'autre part, il existe des causes plus rares du retentissement sur le complexe hépato-biliaire de l'atteinte des organes voisins. La forme ictérique de l'ulcus duodénal, pour ne parler que des faits admis, est un exemple qui illustre ce point de vue.

Il arrive que les épreuves faites pour dissocier ces états laissent place à une hésitation. D'autres fois, pour des raisons d'ordre pratique, elles ne peuvent être mises en œuvre.

Si les indications données au cours de cet essai se vérifient, la seule interprétation radiologique pourra

(1) CHIRAY et PAVEL. *Paris Médical*, 8 Mars 1930.

(2) CHIRAY et SAMELAIGNE. *La Cholécystite chronique non calculuse*. Presse Médicale, 12 Août 1922.

(3) N. FIESSINGER. *Nouveaux procédés d'exploration fonctionnelle du foie*.

peut-être permettre de tirer des conclusions, ou d'émettre des réserves sur la pureté en apparence évidente d'un syndrome vésiculaire.

D'ailleurs cette interprétation radiologique, loin d'ôter de la valeur aux épreuves d'exploration hépatique, les rend au contraire indispensables. On y aura recours toutes les fois qu'une ombre attirée, suspecte, sera difficile à interpréter. On fera ainsi la preuve de l'atteinte hépatique; on aura le droit d'incriminer la périhépatite. Ou bien alors devant l'intégrité du parenchyme de la glande, on penchera vers la péritonite sous hépatique d'origine non vésiculaire.

D'autre part, nous l'avons dit, la constatation des attractions telles que nous les avons décrites sont en faveur d'une origine extra vésiculaire de la péricholécystite, la vésicule étant saine, du moins initialement.

Donc, en présence d'une cholécystographie montrant de telles déformations; soit attraction en masse du grand axe de l'ombre, soit déviation de cet axe à type de plicature, on devra rechercher où est la cause des tractus fibreux occasionnant la déformation, et pousser plus avant l'exploration des autres organes.

Si nos suggestions sont vérifiées, elles présenteront un intérêt pour le diagnostic, pour la thérapeutique et aussi pour le pronostic.

Lorsque l'intervention chirurgicale sera reconnue nécessaire pour supprimer le foyer d'infection, elle pourra par une incision prolongée détruire cette attraction qui avait été diagnostiquée (1). Ainsi que nous l'avons vu, dans certains cas le cholécyste était sain ou du moins peu atteint; il devient inutile de pratiquer une cholécystectomie. Ce dernier point n'est pas un mince avantage si l'on pense à ces « lendemains douloureux de la cholécystectomie » dont parlait Chauffard.

(1) LARDENNOIS. *Les Périviscérites*. Journal Médical Français, Février 1926.

Mais notre distinction prend encore plus d'intérêt lorsque pourra être dirigé contre l'affection extra-vésiculaire un traitement médical. Ce traitement institué, on pourra, par des séances de diathermie, d'ondes courtes de rayons infra-rouges, au moins assouplir ces tractus fibreux qui déformaient en l'attirant le cholécyste et calmer le malade. Et une fois de plus le radio-diagnostic apportera au clinicien des renseignements qui s'ajoutant à ceux qu'il possède permettront d'établir un diagnostic plus anatomique et une thérapeutique plus précise.

Cas de transition

Mais ne nous illusionnons pas. Les quelques faits que nous avons étudiés ne suffisent pas pour emporter la conviction. Nous l'avons dit, ce que nous désirons, c'est attirer l'attention des auteurs sur un point de séméiologie radiologique qui nous a frappé. D'ailleurs, l'étude que nous avons entreprise n'est pas simple. En effet, à côté des cas d'attraction de la vésicule par des adhérences venues de plus ou moins loin et qui immobilisent une vésicule saine, il existe des cas de transition.

On comprend, en effet, qu'une déformation acquise de l'ordre de celles que nous envisageons, entraîne une gêne à son fonctionnement normal. Il y a réaction du cholécyste. Ses parois vont s'épaissir, sa muqueuse s'altérer et alors nous tombons dans ces « cholécystites mécaniques » dont parlait Büdinger à propos des malformations congénitales.

Ce stade est atteint d'autant plus rapidement que la lésion initiale est plus discrète et se prolonge davantage, donc évolue avec le moins de signes pouvant attirer l'attention. Et alors l'intervention, comme la radiographie, constateront une vésicule altérée dont l'intensité des lésions ne sera plus hors de proportion avec la péri-cholécystite.

Ces faits d'ailleurs sont moins utiles à connaître, du

moins du point de vue du malade, puisque la sanction d'ordre chirurgical s'imposera dans ces cas limites. Ce qui importe, c'est reconnaître l'attraction vésiculaire tant que le cholécyste reste sain, et nous espérons que l'apport séméiologique que nous avons fait aidera dans quelques cas à établir le diagnostic.

CONCLUSIONS

- 1° Les conséquences des péricholécystes *sur l'ombre vésiculaire* obtenue par cholécystographie sont assez discutées, alors qu'elles sont nettes sur les organes voisins.
- 2° L'étude des cholécystites certaines, radiologiquement (présence de calculs) ou opératoirement montre que les adhérences de voisinage, se traduisent — au maximum — sur l'ombre vésiculaire, par quelques incisures, quelques étranglements *sur place*. On ne peut fatalement tenir aucun compte pour cette étude des vésicules exclues non visibles à la radiographie.
- 3° Dans des cas de périhépatite, de péritonite sous hépatique, on trouve des *attractions* parfois considérables de l'ombre vésiculaire. Ces attractions sont permanentes et fixées. Elles coexistent avec des altérations minimales de la vésicule.
- 4° Il faut distinguer ces attractions des déformations congénitales de la vésicule, encore que certains voiles tératologiques puissent peut-être les déterminer.
- 5° La connaissance de ces attractions, confrontées avec la discrétion des signes radiologiques *vésiculaires* des péricholécystites locales peut rendre des services.
 - a) Dans la reconnaissance d'atteintes exogènes du cholécyste (périhépatites, glissonites, cirrhoses, péritonites sous hépatiques).

- b) Dans le diagnostic de l'importance de l'hépatite et la périhépatite au cours des cholécystites.
 - c) Dans les indications thérapeutiques et pour expliquer certaines séquelles opératoires.
 - d) Dans l'établissement du pronostic des cholécystites, celles-ci étant d'autant plus rebelles que la participation de l'hépatite et de la périhépatite est plus nette.
-

Vu le Doyen :

TIFFENEAU.

Vu le Président de Thèse :

CHIRAY.

Vu et permis d'imprimer.

le Recteur de l'Académie de Paris : ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

*Noms des auteurs auxquels des articles ont été empruntés
et dont les références sont aux chapitres correspondants :*

MM. BECLÈRE.

BELOT.

E. BINET.

BOLTANSKY.

BOYDEN.

BRULÉ-GARBAN.

BUDINGER.

CALDERON.

CARNO.

CASTAIGNE.

P. CHÊNE.

M. CHIRAY.

DANÈS.

DECHAMBRE.

G. DURAND.

DUVAL.

MM. N. FIESSINGER.

GUTTMANN.

JACQUELIN.

JOULIA.

LARDENNOIS.

LEDOUX-LEBARD.

LOMON.

NEMOURS Auguste.

PAVEL.

F. RAMOND.

J.-Ch. ROUX.

SAINT-PASTOUS.

SARALEGUI.

SAVY.

SIGMUND.

